



## **SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **FLER SKADAR SIG SJÄLVA ÄN BLIR SKADADE AV ANDRA**

**-En litteraturgenomgång som belyser faktorer  
som påverkar omvårdnaden av patienter med  
ett självskadebeteende**

**Timah Fager & Stina Carlberg**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Maud Lundén
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## Förord

Vi vill rikta ett stort tack till Nils Sjöström, som med sitt otroliga engagemang och stora kunskap handlett oss genom detta arbete. Vi vill även tacka Maud Lundén, för ett bra examinerskap som var givande för oss. Ett stort tack riktas även till varandra och närstående för ett bra stöd under arbetets gång.

Stina Carlberg & Timah Fager

*Göteborg, 2017*

Titel (svensk)	Fler skadar sig själva än blir skadade av andra. En litteraturgenomgång av faktorer som påverkar omvårdnaden av patienter med ett självskadebeteende.
Titel (engelsk)	More people suffer from self-harm than harm caused by others. A literature review about factors that influence nursing of patients who self-harm.
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet. OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht 2017
Författare	Timah Fager & Stina Carlberg
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Maud Lundén

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** Det är fler människor, oberoende av kön, som skadar sig själva än som utsätts för våld av andra. Självskadebeteende leder till både fysiska och psykiska konsekvenser för individen. Patienter upplever ett bristfälligt bemötande från vården och sjuksköterskor saknar de förutsättningar de behöver i omvårdnaden av denna patientkategori. **Syfte:** Belysa faktorer som påverkar omvårdnaden vid självskadebeteende. **Metod:** En litteraturstudie med kvalitativa och kvantitativa artiklar genomfördes. Via databaserna PUBMED, CINAHL och SCOPUS hittades 14 artiklar, som beskriver olika faktorer som påverkar omvårdnaden. För att få en fullständig bild i enlighet med personcentrerad vård och dess påverkan speglar artiklarna både sjuksköterskors och patienters perspektiv. **Resultat:** Två huvudteman framkom i resultatet: Bristande partnerskap och framgångsrikt partnerskap. Bristande partnerskap innefattar otillräcklig kunskap, negativa attityder, oro och en brist på stöd från kollegor och arbetsledning. Dessa faktorer påverkade omvårdnaden i en negativ riktning. Ett framgångsrikt partnerskap kom till uttryck när faktorer som positiva attityder, allians med patienten och kompetensutveckling återfinns. Dessa faktorer kan främja en god omvårdnad, dock finns ett fortsatt utvecklingsbehov för att stärka kompetensen ytterligare. **Slutsats:** För att kunna minska de faktorer som leder till ett bristande partnerskap och dess påverkan på omvårdnaden, behövs mer kunskap om självskadebeteende, tydliga och gemensamma ramverk att arbeta utifrån samt att omvårdnaden blir mer personcentrerad. Sjuksköterskan behöver bli stärkt i sin kompetens för att möjliggöra detta. När personcentrerad vård kommer till uttryck i omvårdnaden kan patienten bli validerad, stärkas i sin autonomi och empowerment. Att möjliggöra delaktighet i behandlingen är en nödvändig förutsättning för tillfrisknande och bättre välbefinnande. Kunskap om självskadebeteende behöver få mer utrymme i grundutbildningen för sjuksköterskor för att så tidigt som möjligt påverka attityder i en mer positiv riktning och ge bättre förutsättningar för en stärkt kompetens som i sin tur kan optimera omvårdnaden.

**Nyckelord:** Självskadebeteende, Omvårdnad, Personcentrerad vård, Partnerskap

## Innehållsförteckning

<b>Inledning .....</b>	<b>2</b>
<b>Bakgrund.....</b>	<b>2</b>
<b>Självska debeteende .....</b>	<b>2</b>
Prevalens .....	3
Konsekvenser .....	3
Behandling.....	4
<b>Omvårdnad .....</b>	<b>4</b>
<b>Omvårdnadsbegrepp.....</b>	<b>5</b>
Personcentrerad vård .....	5
Lidande och Hopp.....	7
<b>Problemformulering.....</b>	<b>7</b>
<b>Syfte.....</b>	<b>7</b>
<b>Metod.....</b>	<b>7</b>
<b>Datainsamling och urval .....</b>	<b>8</b>
<b>Dataanalys.....</b>	<b>8</b>
<b>Etiskt resonemang.....</b>	<b>9</b>
<b>Resultat.....</b>	<b>9</b>
<b>Bristande partnerskap .....</b>	<b>10</b>
Otillräcklig kunskap .....	10
Negativa attityder .....	11
Oro.....	11
Brist på stöd .....	12
<b>Framgångsrikt partnerskap .....</b>	<b>12</b>
Positiva attityder.....	12
Allians .....	13
Kompetensutveckling.....	14
<b>Metoddiskussion .....</b>	<b>16</b>
<b>Resultatdiskussion .....</b>	<b>17</b>
<b>Bristande partnerskap .....</b>	<b>18</b>
<b>Framgångsrikt partnerskap .....</b>	<b>19</b>
<b>Implikationer och slutsats .....</b>	<b>21</b>
<b>Förslag till vidare forskning.....</b>	<b>21</b>
<b>Referenslista .....</b>	<b>23</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>27</b>
<b>Bilaga 2 .....</b>	<b>29</b>
<b>Bilaga 3 .....</b>	<b>37</b>

# Inledning

Det är avsevärt många fler, oavsett kön, som själva skadar sig än de som utsätts för skador orsakade av någon annan (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2014). Självskadebeteende har blivit ett allt vanligare förekommande fenomen i dagens samhälle, och innebär att en person medvetet och avsiktligt skadar sig själv, vilket kan leda till psykiska och fysiska konsekvenser. Sedan 1990-talet ses en trend där sjukhusinläggningar för självskadebeteende ökat, en viss minskning och stabilisering har skett efter 2007 men är fortfarande högre än tidigare. Forskningen visar på att många sjuksköterskor upplever sig otillräckliga och oförmögna att ge den vården som de önskar till patienter som har ett självskadebeteende, och det finns till och med en tendens att man undviker dessa patienter. Patienter vittnar även om hur rädslan för fördomar hindrar dem att söka hjälp.

Författarna ämnar därför att genom den här litteraturstudien belysa vilka faktorer som påverkar och behövs för att sjuksköterskan ska kunna ge en god omvårdnad till personer med ett icke-suicidalt självskadebeteende.

## Bakgrund

### Självskadebeteende

Det finns idag flera olika definitioner av självskadebeteende där vissa typer av beteendet inkluderas medan andra exkluderas och det är således svårt att få en tydlig helhetsbild (McAllister, 2003). Bjärehed (2012) visar i sin översiktsartikel att flera studier vill göra skillnad på begreppen kring självskadebeteende för att på så sätt kunna optimera diagnostiseringen.

I Sverige används diagnossystemet utvecklat av World Health Organisation (WHO) kallat International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-klassificering (Socialstyrelsen, 2017). Det som i förteckningen benämns som självskadebeteende är bland annat *avsiktligt självdestruktiv handling*, eller *skadehändelse med oklar avsikt*, (ICD-koder X60-X84 och Y10-Y34).

Som stöd vid diagnostisering av psykiatriska sjukdomstillstånd används diagnossystemet Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM), utvecklat av amerikanska psykiatriska yrkesföreningen, där den senaste versionen som används idag är DSM-V. Tidigare versioner av DSM har inte haft med självskadebeteende som en specifik diagnos. Nu återfinns självskadebeteende som föremål för vidare forskning i den senaste upplagan, under namnet Nonsuicidal Self-Injury (NSSI), på svenska Icke-suicidalt självskadebeteende. Vilket

är det denna studien framöver benämner som självskadebeteende. Förslag till kriterier på NSSI finns, men ingen officiell diagnos har ännu erkänts, då det aktuella forskningsstödet anses otillräckligt (American Psychiatric Association, 2013). NSSI är en definition där självskadebeteendet uttrycks genom att man skadar hudvävnaden för att orsaka blödning, blåmärken eller smärta, genom att skära, bränna, slå, bita sig själv eller överdriven gnuggning av hud. Kriterierna baseras på att man under det senaste året under fem olika dagar skadat sig utan suicidala avsikter. Ändamålet är att orsaka mild till måttlig fysisk smärta i syfte att erhålla en lättnad från negativa känslor och tankar eller inducera ett positivt sinnestillstånd. Detta ska vara kopplat till negativa förmimmelser, känslor och tankar så som depression, ångest, stress eller en självkritisk inställning som uppkommer innan självskade-handlingen. Före självskadan skall en period av återkommande och okontrollerbara tvångsmässiga tankar kring att självskada förekomma. Tankar om självskadande förekommer ofta, även då handlingen inte utförs. Beteendet kan på sikt utvecklas till en beroende liknande problematik, då det ger en omedelbar känsla av lättnad (American Psychiatric Association, 2013).

Borderline personlighetsstörning som det kallas enligt DSM-V och Emotionell Instabil Personlighetsstörning enligt ICD- klassificeringen (Socialstyrelsen, 2017) är idag den enda diagnosen som har självskadebeteende som ett kriterium. Det förekommer en viss överdiagnostisering av denna personlighetsstörning hos patienter som endast har ett självskadebeteende men som inte uppfyller resterande kriterier. Detta kan avsevärt påverka bemötande och val av behandling riskerar att bli felaktigt. Detta berör många patienter då 50 % av de som får vårdas inom psykiatri har skadat sig själva någon gång under senaste halvåret (McAllister, 2003 & Nationella Självskadeprojektet, 2016).

Många som har ett självskadebeteende har även en bakomliggande psykiatrisk sjukdom (McAllister, 2003). Tidigare erfarenheter av traumatisk karaktär såsom sexuella eller verbala övergrepp, misshandel, dysfunktionella familjer med mera korrelerar även med självskadebeteende (Socialstyrelsen, 2004).

## **Prevalens**

Mörkertalet tros vara stort då beteendet kan upplevas skambelagt och en vilja att dölja uppstår, vilket i sin tur innebär att statistiken kan vara opålitlig (Socialstyrelsen, 2004; McAllister, 2003). Debuten sker ofta i tonåren och är vanligare bland flickor än pojkar. Att bränna eller skära huden uppskattas förekomma hos runt två till fyra procent internationellt enligt Socialstyrelsen 2004. Upp emot 80 % är temporära eller övergående perioder av självskadande. År 2014 uppsökte cirka 4000 män och 7200 kvinnor i Sverige akutsjukvård till följd av självtillfogad skada, där dryga 60 % följaktligen fortsatte att behandlas inom slutenvården (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2014). År 2016 vårdades 6900 personer på svenska sjukhus på grund av självskadebeteende (Socialstyrelsen, 2016).

## **Konsekvenser**

Även om syftet med självskadebeteende inte är suicid kan det vara en riskfaktor och vid upprepat självskadebeteende under längre tid finns även risken för att det blir individens

normala sätt att hantera sitt psykiska lidande. Detta kan även utvecklas till en ond spiral där självskadebeteendet i sig ökar risken för ytterligare självskadande (Nationalencyklopedin, 2017; Nationella Självskadeprojektet, 2016 & Socialstyrelsen, 2004). McAllister (2003) visar på att många som självskadar gör det hemma, utan att uppsöka vård, då det kan finnas ett socialt tabu och många fördomar kring självskadebeteende. Vidare förekommer även skador som inte dokumenteras som självskadebeteende då vårdpersonal velat skydda patienten från det stigma som finns.

## **Behandling**

Lundh (2012) beskriver olika behandlingar som forskats på vid självskadebeteende, där dialektisk beteende terapi (DBT) är den behandlingen som har det mest omfattande forskningsunderlaget och bäst påvisad effektivitet. DBT är en vidareutveckling av kognitiv beteende terapi (KBT) där både gruppterapi och individuell terapi ingår, man fokuserar på fyra delar; mindfulness, stå ut i kris, relationer och känslor. Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) är en annan långtidsterapi med bevisad effekt, som ämnar att stärka patientens förmåga att förstå mentala tillstånd i en kontext för att kunna lära sig hantera sina känslor, impulser och beteendemönster. Gratz Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) är en tilläggsterapi utöver samtalskontakt, specifikt inriktad på självskadebeteende och emotionsreglering, som syftar till att utveckla andra strategier som ersätter självskadebeteendet för hantering av känslor. Även enbart KBT, som fokuserar på att behandla och bearbeta beteendens hinder för patientens välmående genom att ändra på tankar och övriga beteenden som håller det skadliga beteendet vid liv har prövats. Enbart KBT som behandling har dock inte visat sig vara effektivt vid självskadebeteenden. Lundh (2012) nämner även andra behandlingsformer med mindre och varierande forskningsevidens te.x. Youngs schema-fokuserade terapi.

Det saknas vetenskapliga bevis för läkemedel som specifikt kan behandla självskadebeteende, det kan dock med fördel användas i syfte att lindra bakomliggande orsaker såsom ångest och depression (Nationella Självskadeprojektet 2016 & Socialstyrelsen 2004).

## **Omvårdnad**

ICNs etiska kod för sjuksköterskor (2014) menar att sjuksköterskans huvudsakliga ansvar ligger i främjandet av hälsa, förebyggande av sjukdom, återställning av hälsa samt lindring av lidande. Svensk Sjuksköterskeförening (2017) redovisar i sin kompetensbeskrivning för sjuksköterskor att sjuksköterskan även har ett ansvar kring beslut av klinisk karaktär rörande människor möjligheter att hantera problem kopplade till hälsa och sjukdomar samt att kunna uppnå största möjliga livskvalité och välbefinnande. Utöver detta skall sjuksköterskan ha den kunskap som är relevant för omvårdnaden av patienten.

Nationella självskadeprojektet (2016), har på uppdrag av Sveriges kommuner och landsting utarbetat rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Bemötandet ska visa på

medkänsla, respekt och värdighet och det ska vara klart att all personal vet hur de ska förmedla detta. Personer som söker för en självskada inom vården ska bedömas utifrån personens psykiska och fysiska hälsa samt sociala omständigheter, så att risk för suicid eller återkommande självskada upptäcks. Utredning ska erbjudas alla som självskadat, en riskhanteringsplan ska finnas och den ska innehålla personliga sårbarhets- och skyddsfaktorer samt en krisplan. Patienten ska få vara delaktig i sin behandling och få information kring behandlingsalternativ.

Trots mycket forskning på området självskadebeteende påvisar litteraturen svårigheter i att, på ett adekvat sätt, bemöta och vårda dessa patienter. Flera patienter vittnar om negativa erfarenheter i mötet med vården, vilket gör att många inte vågar söka vård och därav blir fast i ett destruktivt beteende som orsakar lidande för individen (McAllister, 2003). Sjuksköterskor känner att de inte är kapabla eller nöjda med den omvårdnad de bedriver vid självskadebeteende. Det finns till och med en tendens att undvika dessa patienter i rädsla för att göra fel (Karman, Kool, Poslawsky, & Meijel, 2015b).

## Omvårdnadsbegrepp

### Personcentrerad vård

All omvårdnad bör bedrivas enligt personcentrerad vård. Detta innebär att hela människan synliggörs utifrån hens andliga, existentiella, sociala och psykiska behov likväl som hens fysiska behov och utgörs av tre nyckelbegrepp: partnerskap, patientberättelsen och dokumentation. I partnerskapet ingår en respekt för varandras kunskaper, som är ömsesidig och värdesätts. Patientens och närståendes kunskaper och upplevelse samt de professionellas kunskaper om vården, behandlingar och rehabilitering utgör en helhet i partnerskapet. Detta innebär att respektera och bekräfta personens upplevelser och tolkning av sin ohälsa och utifrån det främja hälsan med personens upplevelse av vad hälsa är som utgångspunkt. Personens eget perspektiv ska ges lika stor betydelse som det professionella perspektivet. För sjuksköterskan betyder detta att hen ska se patienten som en jämbördig och värdefull del i omvårdnaden. Genom en öppenhet, vilja och ett intresse att lyssna på patientens egen berättelse och förståelse för sin situation kan man komma fram till hur planeringen och genomförandet av vården ska utföras. Personcentrerad vård bygger på att det finns en god kunskap om personens värderingar, behov, synsätt, intressen, vanor och prioriteringar. Utifrån en personcentrerad vård kan en hälsoplan genomföras med mål relevanta för individen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

I personcentrerad vård ingår patientens delaktighet. Det är erkänt att delaktighet påverkar patientens hälsa och tillfrisknande. Henderson (1989) beskriver att patientens önskan att delta i behandlingen är en viktig del för att underlätta hens tillfrisknande. Autonomi är ett begrepp som sammankopplas med delaktighet och betyder självstyre. Genom att betrakta patienten som autonom, och att se personen som någon som har rätt till och kan fatta sin egna beslut, tillskrivs personen sin grundläggande frihet. Enligt autonomiprincipen ska sjuksköterskan alltid respektera patientens autonomi varje gång ett beslut som rör patientens fattas. Detta blir



en delaktighet och sjuksköterskan ska garantera att patienten självständigt får möjlighet att fatta beslut i enlighet med sina behov. Det handlar även om att sjuksköterskan ska informera patienten så att hen har förutsättningar för autonoma val (Birkler, 2007). Detta stärks i Patientlagen (SFS 2014:821) Kap 5, som handlar om delaktighet och tar upp att hälso-och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Empowerment är ett begrepp som kan översättas till egenmakt och som hör in i personcentrerad vård. Rodwell (1996) förklarar att det är en hjälpande process där en person eller grupp möjliggör för en individ att förändra sin situation genom att ge kunskap, metoder, resurser och auktoritet att göra det. Det blir ett samarbete där respekt och värderingar kring sig själv och andra förs fram för att utveckla en positiv självkänsla och tro på framtiden. Individen har makten och friheten att själv göra val och ta ansvar för de handlingar hen utför. Empowerment involverar ett samarbete och gemensam beslutsfattning. Sjuksköterskan spelar en viktig roll i att stärka individens empowerment för att göra en skillnad i livet och hälsan hos patienten. I personcentrerad vård är det viktigt att se patienten som en jämbördig samarbetspartner och när det kommer till att förändra ett beteende så kan inte sjuksköterskan göra det åt patienten. Därav blir empowerment och personcentrering en viktig del i omvårdnaden.

Känsla Av Sammanhang, KASAM, kan tänkas vara ett verktyg i personcentrering genom att utforska varje individs förmåga att hantera vardagen. KASAM är en modell som Antonovsky (1991) utvecklade. Den ser till de aspekter i en individs liv som möjliggör hälsa och förutsättningar till att hantera svåra upplevelser och omfattas av tre komponenter: begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. Om dessa aspekter i individens liv är höga så finns det en förutsättning för god psykisk hälsa, ett psykiskt välbefinnande och livst. Begriplighet står för hur individen förstår sin verklighet, att den uppfattas som begriplig, ordnad, sammanhängande och tydlig. Hanterbarhet är graden personen upplever sig ha resurser för att möta de krav som svåra upplevelser medför. Meningsfullhet innebär delaktighet i delar av livet som är viktiga och skapar intresse, engagemang och upplevs som betydelsefulla. Har man en låg nivå av någon av dessa delar kan det leda till att svåra upplevelser kan ses som kaotiska, eller att man ser sig som ett offer för de händelser som sker och bearbetning försvåras eller uteblir. En låg känsla av meningsfullhet kan dessutom leda till att individen inte känner att det finns något som är betydelsefullt i livet.

Nivå av KASAM kan tydliggöra vilka förutsättningar och behov som blir utgångspunkten för att uppnå, för individen, god hälsa. Utifrån denna information kan sjuksköterskan stärka autonomi, främja delaktighet och empowerment, som ger bättre förutsättningar för att kunna påverka KASAM positivt. I omvårdnaden kan sjuksköterskan bidra med information för att öka förståelse, ge de verktyg individen är i behov av för att kunna hantera sin situation samt stöttniing i att se meningsfullhet i patientens liv (Langeliuss-Eklöf & Sundberg, 2014).

## **Lidande och Hopp**

En viktig aspekt i den psykiatriska omvårdnaden är att ta hänsyn till patientens lidande och hopp. Lidande har ett samband med meningsfullhet enligt Frankl (2006). Att en individ finner mening i sitt lidande, sin sorg och smärta kan höja livskvalitén snarare än att dessa smärtsamma känslor måste undvikas eller utplånas. Lidande kan även i sig utgöra ett hinder för att känna meningsfullhet. Genom att bli validerad och få visa och tala om sitt lidande öppnas en väg till tröst, som kan lindra lidande och ge hopp (Norberg, Bergsten & Lundman, 2001). Hopp kan vara en förutsättning för att kunna se att en förändring är möjlig och ger motivation och en drivkraft. Detta gör att en person får förmågan att överkomma och hantera svårigheter som uppstår i en förändring tex en rehabilitering (Travelbee, 1971, 2001).

Dahlberg (2002) kom fram till det främst är en bristande vårdrelation som föranleder vårdlidande, ett lidande orsakat av vården. Det kan även uppkomma när meningen med vårdandet uteblir eller att hen känner en utsatthet som kränker ens självkänsla och förnekar ens lidande. Genom att patienten inte blir validerad, lyssnad på eller sedd som en unik individ stärks detta ytterligare.

## **Problemformulering**

Självskadebeteende är ett växande problem som sjuksköterskor inom de flesta instanser i vården någon gång kommer att stöta på. Bristande omvårdnad vid självskadebeteende är något som riskerar orsaka ytterligare lidande för patienten, då sjuksköterskor ofta inte vet hur de ska möta dessa individer samt att patienter upplever sig dåligt bemötta av vården. Detta riskerar vidare medföra att patientgruppen inte vågar söka hjälp inom hälso- och sjukvården. Om beteende inte kan brytas riskerar det dessutom att utvecklas till ett slags beroende, som blir än svårare att tillfriskna ifrån. För att ge en god omvårdnad av hög kvalité, minska lidande och främja hälsa behöver sjuksköterskan ha tillräckliga och fullgoda kunskaper om omvårdnaden vid självskadebeteende.

Därför ämnar denna studie att undersöka och belysa vilka faktorer som påverkar omvårdnaden vid självskadebeteende, för att tydliggöra hur patienterna kan få bästa möjliga vård.

## **Syfte**

Belysa faktorer som påverkar omvårdnaden vid självskadebeteende.

## **Metod**

Detta är en litteraturstudie med syfte att belysa faktorer som påverkar omvårdnaden vid självskadebeteende. Enligt Friberg (2012) så används en litteraturstudie när man vill sammanställa och få en översikt av det aktuella forskningsläget, genom att använda

vetenskapliga artiklar inom det avgränsade området. Den här litteraturstudien behandlar både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

## **Datainsamling och urval**

I denna litteraturöversikt användes databaserna CINAHL, PUBMED och SCOPUS för att få fram artiklarna. Artiklarna valdes ut genom begränsningar; att de skulle vara som mest tio år gamla (publicerade mellan 2007-2017), att de skulle vara vetenskapliga studier samt peer-reviewed.

Med studiens syfte som grund valdes sökorden ut och enligt Östlunds (2012) modell för informationssökning genomfördes datainsamlingen. I PUBMED användes Medical Subject Headings (MeSH) för att få fram det sökord som passade in bäst på självskadebeteende, "Self-injurious behaviour", Cinahl Headings användes i databasen CINAHL, där sökordet "Injuries, Self-inflicted" framkom. Sökorden "Knowledge" eller "Education" användes då dessa uppfattades vara två viktiga påverkande faktorer, samt "Nurs\*", för att finna artiklar riktade mot omvårdnad. Trunkering med hjälp av asterisk "\*" användes för att få med alla böjningar av Nurs, såsom "nursing" och "nurses" i samma sökning. Booleska termen AND användes för att koppla ihop sökorden (Östlund, 2012). Sökningarna redovisas i Bilaga 1.

Artiklar med relevans för syftet valdes ut och abstrakt granskades. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle behandla olika delar som påverkade omvårdnaden kring patienter med ett självskadebeteende. Artiklar med sjuksköterskor som arbetade inom olika områden inom vården samt artiklar som handlade om patientens perspektiv inkluderades, för att få en mer heltäckande och tydlig bild i form av olika miljöer och sammanhang där omvårdnaden kommer till uttryck. Artiklar som enbart behandlade suicid exkluderades. Fjorton artiklar ingår i studien, med en jämn fördelning av kvalitativa och kvantitativa studier, varav tre är funna via sekundärsökningar (Bilaga 1).

## **Dataanalys**

Valda artiklar kvalitetsgranskas utifrån relevanta kriterier för kvalitativa respektive kvantitativa artiklar enligt Fribergs (2012) granskningsmall. Artiklarna fick utifrån antalet uppfyllda kriterier (13 för kvantitativa respektive 14 för kvalitativa artiklar) betygen låg, medel eller hög, baserat på summan uppfyllda kriterier av totala antalet kriterier. Artiklar som klassades som medel uppfyllde minst 60 % av kriterierna och hög över 80 %. Av 17 kvalitetsgranskade artiklar valdes tre med låg kvalitet, alltså under 60 %, bort efter kvalitetsbedömning (Bilaga 3).

Artiklarnas innehåll bearbetades enligt Friberg (2012), genom att först läsas igenom flera gånger av båda författarna. Alla artiklar sammanfattades för att lättare få en överblick och att väsentlig information framkommit. Vidare granskades likheter och skillnader i teoretiska utgångspunkter, syften, metodisk tillvägagångssätt, analys, och resultat. Likheter och skillnader i resultaten jämfördes och blev utgångspunkten för utformningen av huvudteman

och subteman. Teman baseras på återkommande delar i valda artiklar, som påvisade på likartade faktorer som påverkade omvårdnaden. Fem subteman som fångades under två huvudteman framkom. En översiktstabell som summerar analyserade och valda artiklar sammanställdes (Bilaga 2).

## **Etiskt resonemang**

Enligt Helsingforsdeklarationen bör all forskning följa etiska riktlinjer, detta innebär bland annat ett krav på informerat samtycke, att värna om integritet och att information ska vara sekretessbelagd. Detta för att kunna skydda deltagarna som står i en beroendeställning till forskaren. Deklarationen är en riktlinje kring hur forskning och etik bör förhålla sig till varandra, men det är inget juridiskt bindande dokument (World Medical Association, 1964).

De artiklar där det krävdes ett etiskt godkännande från en etiknämnd hade erhållit detta. Några artiklar hänvisar till att landet där studien utfördes hade lagar där inget etiskt godkännande från etiknämnd krävs om deltagarna inte genomgick någon intervention och deltog anonymt. Artiklar från Sverige, Finland och Nederländerna menade att de inte behövde ett etiskt godkännande då inga patienter deltog i studierna.

En artikel publicerad i The Journal of Emergency Medicine och en i Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing tillhörde ett förlag där etiskt godkännande endast krävdes då patient bilder eller detaljer kring fallen användes i en studie (se Bilaga 2). I enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 1964) fanns ingen etisk konflikt då dessa artiklar endast använde sig av deltagare i form av sjuksköterskor som valt att delta i studien och givit sitt medgivande.

## **Resultat**

Vid analysen av artiklarna framkom två huvudteman: Bristande partnerskap och framgångsrikt partnerskap. I bristande partnerskap behandlas vilka konsekvenserna detta får för omvårdnad; otillräckliga kunskaper om självskadebeteende, hur bemötande påverkas av de negativa attityder som finns, den oron sjuksköterskor upplever i samband med vård av patienter med ett självskadebeteendet samt hur brist på stöd negativt påverkar sjuksköterskan i hennes arbete med patienter. Framgångsrikt partnerskap behandlar positiva konsekvenserna som uppstår vid förändring av attityder, alliansens betydelse i omvårdnaden, och hur en ökad kunskap leder till kompetensutveckling (Figur 1).

Figur 1. Översikt av resultatets huvud- och subteman.

Bristande Partnerskap	Framgångsrikt Partnerskap
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otillräckliga kunskaper</li> <li>• Negativa attityder</li> <li>• Oro</li> <li>• Brist på stöd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiva attityder</li> <li>• Allians</li> <li>• Kompetensutveckling</li> </ul>

## Bristande partnerskap

Det finns en omfattande brist på kunskap och förståelse kring självskadebeteende. Detta kan ha en negativ inverkan på partnerskapet och sin tur påverkar omvårdnaden. Bristande partnerskap påverkar sjuksköterska, organisation samt patient.

### Otillräcklig kunskap

I studien gjord av Wilstrand, Lindgren, Gilje & Olofsson (2007) framkom det att flera sjuksköterskor hade en brist på förståelse för patienterna med självskadebeteende och deras svårigheter. De visste inte hur de skulle hantera patienternas, enligt dem, ändlösa problem. Sjuksköterskor inom skolsjukvården uppvisade bristande kunskaper kring självskadebeteendets komplexitet samt att det förekommer bakomliggande orsaker till beteendet (Cook & James, 2009). Sjuksköterskor utan tidigare specifik utbildning kring självskadebeteende använde strategierna de utvecklat via erfarenheter. De kände att de inte hade teoretiska utgångspunkter att luta sig mot och att självskadebeteende inte hade berörts alls eller otillräckligt i grundutbildningen. Detta trodde man kunde leda till att nya sjuksköterskor som träffade patienterna blev så stressad att det fick en negativ inverkan som kunde föras över på patienterna (Thompson, Powis & Carradice, 2008). Andra problem som framkom kring brist på förståelse av beteendet var svårigheter i att bevara patientens integritet samtidigt som det fanns ett upplevt behov av att observera och hålla uppsikt över patienterna (Wilstrand et al. 2007). Sjuksköterskor som arbetade på skolor för barn och unga hade även svårt med att bevara tystnadsplikten, då oroväckande och riskfyllda självskadebeteenden gjorde att de kände ett behov av att be om hjälp utifrån. Detta befarade man skulle påverka barnens ömtåliga tillit (Cook et al. 2009).

Sjuksköterskorna var ofta mer fokuserade på att åtgärda fysiska problem, så som sår, vid självskadebeteende. Att se sår till följd av självskadebeteende kunde ge upphov till stress, chock och till och med avsmak, medan andra upplevde sorg (Thompson et al. 2008). För att kunna hantera de belastande känslorna vid omläggningar av sår efter självskador upplevde några sjuksköterskor med tiden att de blev kyliga eller likgiltiga inför patienten (Wilstrand et al. 2007). Patienterna kände att vårdpersonal inte visade intresse eller frågade dem om deras mående och upplevdes endast fokuserade på deras fysiska skador. Detta ledde till att patienterna kände sig negligerade, oviktiga, missförstådda och isolerade. Detta kunde i sin tur ge upphov till att patienterna kände att de behövde dölja hur de mådde under sin sjukhusvistelse (Latif, Carter, Rychwalska-Brown, Wharrad, & Manning, 2017). Barn och unga med självskadebeteende ville att det skulle bli tydligare och lättare att få information om vem de kunde vända sig till för att få hjälp, samt vilken typ av hjälp som kunde erbjudas vid självskadebeteende (McAndrew & Warne, 2014).

### **Negativa attityder**

Flertalet studier uppger att sjuksköterskor betraktat patienter med självskadebeteende som endast uppmärksamhetssökande och manipulativa (Thompson et al. 2008 & Karman, Kool, Gamel & van Meijel, 2015a). Vidare sågs självskadebeteende även som ett medvetet och kontrollerat beteende (Cook et al. 2009). Karman et al. (2015a) påvisade i sin studie att eftersom patienten ansågs ha kontroll över sitt självskadebeteende ledde det till att de skuldbelades och bestraffades, genom att exempelvis nekas tillträde till vissa gemensamma utrymmen eller uteslutas ur gruppterapi. Försök att tvinga patienten att sluta självskada upplevdes dock bara som kontraproduktivt, och resulterade även till en sämre relation med patienten. Även då relationen med patienten var god ansåg vissa sjuksköterskor att konflikter uppstod, i de fall där patienten inte lyssnade på sjuksköterskans anvisningar. Vissa sjuksköterskor ansåg att patienter med självskadebeteende inte var kapabla till att samarbeta överhuvudtaget, och försök till samarbete ledde enligt dem bara till konflikter (Thompson et al. 2008). Unga patienter med självskadebeteende beskrev hur vården misslyckats när det kommer till att förstå deras unika situation. De beskrev en känsla av skam, då de trodde att andra såg beteendet som uppmärksamhetssökande och valde ofta därför att inte söka hjälp. Detta påvisade att stigmat kring självskadebeteende ledde till att unga inte vågade uppsöka hjälp trots en vilja och ett behov av det (McAndrew et al. 2014).

### **Oro**

Bristen på förståelse för självskadebeteende ledde till känslor av hopplöshet och maktlöshet, ofta visste man inte hur man skulle vårda patienterna (Wilstrand et al. 2007). Patienter upplevde även att sjuksköterskor verkade rädda för att prata om självskadebeteende (Latif et al. 2017). Sjuksköterskor upplevde en ökad hopplöshet och frustration vid utebliven förbättring eller återfall i självskadebeteendet (Thompson et al. 2008). Frustration ledde även till att sjuksköterskor bevitnade kollegor som tappade kontrollen och då skrek på patienter (Wilstrand et al. 2007). Flera studier visade att det fanns en rädsla för att självskadebeteendet ökade risken för allvarliga skador med en dödlig utgång eller suicid samt att sjuksköterskorna då skulle bli skuldbelagda för detta (Thompson et al. 2008 & Wilstrand et al. 2007).

Sjuksköterskor som arbetade på öppenvårdsenheter och kommunalt uttryckte även rädsla inför att avsluta vårdkontakten, då detta upplevdes som riskabelt. I de fall kontakten faktiskt avslutades var det ofta oplanerat, genom att patienten slutade komma. Detta troddes kunna bero på att patienten ville ha kontroll över situationen eller att avslut uppfattades som för smärtsamma (Thompson et al. 2008).

### **Brist på stöd**

Thompson et al. (2008) visade att även sjuksköterskornas privatliv påverkats av den stress och de betungande känslor de upplevde vid omvårdnaden av dessa patienter. De uppfattade sig som personligt ansvariga för patientens välmående, samtidigt som man ansåg att det yttersta ansvaret låg hos patienterna själva. Patienterna med självskadebeteende ansågs som mer känslomässigt utmanande, svåra att arbeta med och mer krävande jämfört med andra patientkategorier. Istället för att känna ångest och stress upplevde vissa sjuksköterskor att de blev avtrubbade eller till och med utbrända. Sjuksköterskors känslor av övergivenhet och hopplöshet på grund av brist på stöd och en tung arbetsbörda framkom i flera studier (Thompson et al. 2008; Wilstrand et al. 2008 & Cook et al. 2009). Att inte känna sig hörd och bekräftad av kollegor och arbetsgivare kunde leda till att sjuksköterskor sjukskrev sig (Wilstrand et al. 2007). På grund av en tung arbetsbelastning frågade man inte om hjälp eller stöd i arbetsgruppen lika ofta som man velat, i rädsla av att belasta kollegor. Man upplevde även brist på tid, begränsade resurser och otillräckligt stöd från andra instanser inom vården. Detta ledde till att sjuksköterskor upplevde sig som överbelastade, då andra vårdaktörer inte samarbetade kring patienten, utan hela ansvaret ansågs ligga hos den enskilda sjuksköterskan och att det var deras uppgift att "ta hand om det" (Thompson et al. 2008).

## **Framgångsrikt partnerskap**

Utbildning och ökad kunskap om självskadebeteende ledde till positiva effekter för såväl patient som sjuksköterska. Förändrade attityder, en bättre allians samt ökad kompetens gav bättre förutsättningar för ett partnerskap och en god omvårdnad.

### **Positiva attityder**

Unga personer med ett självskadebeteende förklarade att det alltid finns en bakomliggande orsak till att de börjat självskada och det givit dem en känsla av lättnad över allt som de upplevt som svårt (McAndrews et al. 2014). Wilstrand et al. (2007) visade att sjuksköterskor med erfarenhet av självskadebeteende ansåg att förståelse i sig leder till ökad empati. Detta i sin tur kunde ge en ökad förståelse för det faktum att det finns bakomliggande orsaker till att man medvetet skadar sig, såsom olika typer av trauman. Andra sjuksköterskor med liknande erfarenheter hade insikt i att beteendet kunde utgöra en copingstrategi som patienten använde för att hantera och kommunicera sina outhärdliga känslor (Thompson et al. 2008). Att validera denna copingstrategi gjorde även att sjuksköterskor förstod vikten av att hitta en bättre copingstrategi för att hantera känslor (McAllister, Moyle, Billett & Zimmer-Gembeck, 2009). Upplevelsen att patienterna var manipulativa förändrades signifikant för de

sjuusköterskor som genomgått en utbildning. De förstod även att beteendet fyllde en funktion för patienten (Patterson, Whittington & Bogg, 2007)

Flera artiklar där sjuusköterskor fått utbildning om självskadebeteende visade positiva effekter på omvårdnaden. Sjuusköterskors attityder ändrades positivt, från att vara dömande till förstående och de fick en ökad förståelse för självskadebeteendets komplexitet. Ett mer empatiskt bemötande ledde även till en känsla av större närhet till patienterna (Kool, van Meijel, Koekkoek, van der Bijl, & Kerkhof, 2014; Karman et al. 2015a; Muehlenkamp, Claes, Quigley, Prosser, Claes & Jans, 2013 & McAllister et al. 2009). Patterson et al. (2007) visade att utbildning ledde till en minskad antipati mot patienter med ett självskadebeteende, de visade även att antipatin fortsatte att sjunka när de följde upp deltagarna minst 18 månader efter kursen. Genom utbildning kunde sjuusköterskor se att empati inte var något patienten skulle behöva förtjäna genom att de kunnat vara skadefria (Karman et al. 2015a). Detta speglas i patienterna, som visade på ett positivt intryck när de upplevt att sjuusköterskor kunnat förstå dem. Förståelse kunde även förhindra att negativa känslor från sjuusköterskor fördes över på patienten. Detta i sin tur upplevdes förhindra skam och skuldkänslor hos patienter (McAllister et al. 2009).

Karman et al. (2015a) visade att ökad förståelse ledde till ett mindre restriktivt förhållningssätt. Tidigare pressades patienter till att sluta skada sig, medan efter utbildning försökte sjuusköterskan istället lära känna varje individs unika situation, utforska tidigare erfarenheter och behov. De insåg att det bara var patienten själv som kunde bestämma sig för att sluta självskada. Förståelsens betydelse bekräftades av patienter med positiva erfarenheter av hjälpen de fått; att bli lyssnad på utan att bli dömd och att tilliten till den de pratat med var mycket viktigt. Detta sågs även i gruppterapi, där ett icke-dömande klimat sågs som en stor hjälp (McAndrew et al. 2014).

## **Allians**

Att skapa en god relation med patienten visade sig i flera studier som givande. Enligt sjuusköterskors erfarenhet av självskadebeteende i studien av Thompson et al. (2008) ansågs det att en bra vårdrelation var avgörande för god omvårdnad. När sjuusköterskorna kunde arbeta tillsammans med patienten och gav dem möjligheten att fatta beslut i behandlingen blev relationen bättre. Även Karman et al. (2015a) visade att behandlingsresultaten blev bättre när vårdpersonalen som fått utbildningen om självskadebeteende slutade försöka tänka åt patienten och istället använde ett mer utforskande tillvägagångssätt där man istället tänkte med patienten. I studien av McAllister et al. (2009) framkom vikten av att acceptera att patienten kanske inte var redo för förändring men genom att förmedla acceptans, optimism och en tro på förändring kunde man påverka patientens motivation till förändring.

Patienter uttryckte ett behov av stöd och hjälp att hitta mönster i sitt beteende för att hitta andra strategier som kan distrahera dem från tankarna på att självskada. De ansåg även att en viktig del i en respektfull relation var att få göra sin omvårdnadsplan tillsammans med sjuusköterskan (Latif et al. 2017 & Toftthagen, Talseth, & Fagerstrøm, 2017). Patienterna



uttryckte att för att få en bättre relation till vårdpersonalen så behövde de ha en mer öppen kultur där sjuksköterskorna inte var rädda för att prata, de ville få mer öppna och direkta frågor kring självskadebeteende (Latif et al. 2017). Patienter upplevde att den hjälp de fått från sjuksköterskor var viktig i deras tillfrisknande, genom att kunna vara öppna med sitt lidande i samtal (Tofthagen et al. 2017).

Genom att uppmuntra patienten till att visa mer av sig själva minskade distansen mellan dem och sjuksköterskorna. Med en ökad tillit fanns det en större möjlighet för samtal mellan vårdare och patient och det ledde till färre konflikter. Genom att använda sig av vårdande samtal, där man fick reda på patientens förkunskaper och erfarenheter kring självskadebeteende, kunde man stötta och guida patienten till förändring. Detta låg till grund för att tillsammans utveckla mål viktiga för individen (Karman et al. 2015a & McAllister et al. 2009). Patienter upplevde att när de av sjuksköterskor blivit respekterade för den de var kunde de också själva börja utveckla självrespekt (Tofthagen et al. 2017).

Barn önskade att vården skulle förstå komplexiteten i vad de upplevde utifrån deras perspektiv genom att exempelvis ta del av självbiografiska verk av personer med självskadebeteende (Latif et al. 2017). I studien av Karman et al. (2015a), användes en konstutställning och utbildningsledare med personliga erfarenheter av självskadebeteende, vilket gav en positiv inverkan på förmågan att förstå självskadebeteende för flera av de vårdgivande kursdeltagarna. Man upplevde att först efter att ha fått höra personliga erfarenheterna kunde man förstå självskadebeteendets problematik.

### **Kompetensutveckling**

Att få kunskap kring självskadebeteende gav ett ökat självförtroende i sin roll som sjuksköterska (Cook et al. 2009; Karman et al. 2015a & McAllister et al. 2009). Utbildning gav en större tillfredsställelse av de egna färdigheterna och en förändrad uppfattning om sjuksköterskans roll, från att ha varit problemfokuserad till att mer se till patientens resurser (McAllister, Zimmer-Gembeck, Moyle & Billett, 2008). Egan, Samra & O'Neill (2012) har undersökt hur självförtroende, effektivitet i arbetet, kunskap och negativitet hänger ihop hos personal, när de arbetade med självskadebeteende på en akutavdelning. De kom fram till att kunskap om självskadebeteende ökade självförtroendet hos personalen och att detta hade en god inverkan på effektiviteten i arbetet. Detta ledde också till en minskad negativitet gentemot patientgruppen. Utbildning om självskadebeteende påverkade dessutom, de sjuksköterskor som inte genomgått någon specifik utbildning eller fått träning upplevde sig som minst kunniga och bekväma med att hantera denna patientgrupp (Muehlenkamp et al. 2013). Patienter upplevde sjuksköterskor som professionella när de var lösningsfokuserade, villiga att förstå och ärliga (Tofthagen et al. 2017).

En samlad erfarenhet ledde till en typ av struktur för sjuksköterskor som arbetade med patientgruppen över tid, där förutsägbarheten i arbetet skapade ökad trygghet och minskade den ångest de tidigare känt. Det behövdes fortfarande en tydlig struktur att jobba kring för att veta hur man bedömer och övervakar risker. Sjuksköterskor behövde lära sig att minimera

riskerna kring självskebeteendet, vilket inte nödvändigtvis betydde att få patienten att sluta skada sig utan mer en ansats att göra beteendet så riskfritt och säkert som möjligt (Thompson et al. 2008). De som däremot genomgått utbildning om självskadebeteende kände en större säkerhet i sin förmåga att bedöma, remittera och hänvisa patienten vidare. Utbildning och ökad förståelse gav även mer konkreta verktyg att arbeta med (Cook et al. 2009 & Karman et al. 2015a). Verktygen kunde utgöras av ramverk, där sjuksköterskor såg att omvårdnad utöver såromläggning, exempelvis att stärka empowerment, var det som långsiktigt påverkade tillfrisknande. Att sjuksköterskor kom till insikt med att de inte behövde bota utan skulle stötta förändring gjorde dem även mindre stressade (McAllister et al. 2009). Utbildning gav även en mer personcentrerad vård, där sjuksköterskor fick verktyg att verbalt visa patienten att de var unika (Karman et al. 2015a & McAllister et al. 2009).

En ökad trygghet i sin yrkesroll kunde ses bland personer som upplevde arbetsplatsens atmosfär som positiv och klimatet som icke-dömande ifråga om ny kunskap och behandling vid självskadebeteende. Ökad förståelse för andra yrkeskategorier ledde till en förbättrad tvärprofessionell förståelse och kommunikation (Karman et al. 2015a). När man arbetade i team kring patienten var det viktigt att ha tydliga strukturer och mål så att man kunde arbeta tillsammans och ha ett välfungerande samarbete med patienten (Wilstrand et al. 2008). Fanns det dessutom ett ramverk för teamet kunde man säkerställa att alla arbetar på samma sätt (McAllister et al. 2009). Thompson et al. (2009) visade att teamarbete kräver god kommunikation för att kunna jobba väl med patienten. Ett gott teamarbete ledde till att arbetsmiljön upplevs som tryggare och gav en icke dömande atmosfär, där teamet kunde ge uppmuntran och råd.Handledning och debriefing togs upp som två viktiga behov i arbetet med patienter med ett självskadebeteende. Detta hjälpte sjuksköterskorna att få bekräftelse i sitt agerande, både i specifika fall och i omvårdnaden och för att få hjälp att hantera de egna känslorna i arbetet (Wilstrand et al. 2008 & Thompson et al. 2009).

Flera studier belyser sjuksköterskors behov av mer utbildning, dess utformning och innehåll. Vid behandling av barn så efterfrågades mer kunskap om självskadebeteende generellt, riskbedömning och övervakning, hur man bemöter patientgruppen och hur man kommunicerar med föräldrar (Latif et al. 2017). I en annan studie framkom det att utbildning om rådgivning, stöd, alternativa tips och strategier, bemötande samt hur man stärker de ungas självförtroende efterfrågas. De ville även ha kunskap om andra vårdinstansers möjligheter att hjälpa och behandla självskadebeteende. Det fanns även ett behov om utbildning i hur, när och var man remitterar patienter, att lära sig identifiera olika typer av metoder och varianter av självskadebeteende, samt konkreta, praktiska tips (Cook et al. 2009). Det efterfrågades även riktlinjer kring självskadebeteende (Thompson et al. 2008).

Även de som redan genomgått en utbildning om självskadebeteende önskade mer kunskaper och en mer specificerad träning såsom vården av självskadebeteende i öppenvård, föräldrars delaktighet i behandlingen av unga med ett självskadebeteende, beroende och självskadebeteende och hur patienter på en avdelning kan influera varandra (Kool et al. 2014). Tapola, Wahlström, & Lappalainen, (2016) kom även de fram till att inom vården av vuxna önskades mer bred och evidensbaserad träning och kunskap, fler fallbeskrivningar och

konkreta råd kring behandling. Även i studien av Wilstrand et al. (2008) fanns en brist på specifik utbildning samt även övningar kring självskadebeteende.

Trots genomgången specifik utbildning om självskadebeteende finns det studier som påvisade tillfällen då liten eller ingen effekt uppnåddes. Det fanns endast marginella skillnader avseende sjuksköterskors uppfattning om vikten av den sociala aspektens betydelse i omvårdnaden vid självskadebeteende (McAllister et al. 2008). Det fanns sjuksköterskor vars uppfattning inte förändrats avseende att beteendet var uppmärksamhetssökande, även om det inte bedömdes i samma negativa mening längre. Andra hade fortsatt svårt att förstå beteendet, då de inte kunde föreställa sig själva någonsin självskada. En oro för hur och att självskadebeteende kunde påverka andra patienter kvarstod. Det fanns fortsatta svårigheter i att arbeta utifrån den unika individens behov, då det rädde olika åsikter på respektive arbetsplats och även sjuksköterskor emellan, om hur god omvårdnad faktiskt såg ut och fungerade (Karman et al. 2015a). En bristfällig fysisk miljö kvarstod som ett hinder i omvårdnaden, bland annat genom möjligheten att kunna skapa trygghet då man arbetar på akuten (McAllister et al. 2009).

## Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa faktorer som påverkar omvårdnaden vid självskadebeteende, vilket utifrån resultatet har besvarats. För att besvara studiens syfte användes litteraturoversikt som metod, då en litteraturoversikt ger en grund i hur forskningsläget ser ut kring det valda ämnet (Friberg, 2012). Litteraturoversikten innehåller både kvalitativa och kvantitativa artiklar för att kunna ta del av olika forskningsansatser.

I denna studie användes flera databaser (PUBMED, CINAHL och SCOPUS), för att kunna ta del av ett stort och brett urval av artiklar. I varje databas utfördes två separata sökningar med liknande sökord och operatörer för att undersöka om alla relevanta artiklar framkommit. I varje sökning framkom vissa artiklar flera gånger och till slut hittades inga nya artiklar. Då antalet artiklar uppnåddes ett tillräckligt stort antal avslutades sökningarna. Vid sökningarna i PUBMED med samma kombination sökord som i CINAHL hittades inget nytt via sökordet "Education". Därav redovisas inte denna sökning i sök tabellen. För att avgränsa sökningarna då endast sökorden gav ett stort antal träffar valdes begränsningen att artiklarna var publicerade inom en 10-års period. Detta säkerställer även att resultatet blivit relevant och uppdaterat enligt den aktuella forskningen. Risken finns att potentiellt viktiga artiklar kan ha filterats bort på grund av denna begränsning (Östlund, 2012). När artiklarna lästes igenom hittades ytterligare tre artiklar som sekundär sökningar, som valdes då fler av artiklarna från sökningarna hänvisade till dessa och ansågs bidra med relevant information (se Bilaga 1).

En nackdel med litteraturstudier är att de sökord som används kan påverka resultatet genom att urvalet blir selektivt och att viktiga artiklar missas. En svaghet i arbetet är att syftets utformning har förändrats under arbetets gång, från ett huvudfokus kring kunskap vid självskadebeteende till olika faktorer påverkan. Detta då valda artiklar redovisade viktiga

påverkande aspekter utöver kunskap, som ansågs viktiga att analysera och belysa. Detta kunde inte genomföras med det tidigare syftet. Därav kan man anse att andra sökord kunde genererat till att fler faktorer uppkommit. Om författarna upprepat litteraturstudien skulle flera sökord relevanta för syftet kombineras i olika former i flera olika sökningar, artiklarna jämförts med varandra tidigare och syftet hade beaktats tydligare i dessa jämförelser. Dock framkom liknande resultat i flertalet artiklar upprepade gånger och den data som analyseras och redovisas i litteraturstudien skulle troligen inte påverkats i en större utsträckning. Därav svarar artiklarna som framkom genom valda sökord på studiens nuvarande syfte.

Det blev en jämn fördelning på kvalitativa och kvantitativa artiklar vilket författarna såg som en fördel då jämförelser mellan subjektiva upplevelser och kvantitativ data kunde ställas mot varandra och jämföras, vilket gav ett rikt resultat. Artiklar granskades utifrån Fribergs (2012) granskningsmall och artiklarna bedömdes ha låg, medel eller hög kvalitet, där de med låg kvalitet valdes bort. Exempel på detta var att studiens metod var bristfällig eller att reliabilitet eller validitet inte tydligt gick att styrka. Två artiklar är skrivna kring samma interventionsprogram i Australien, av McAllister et al. (2008) och McAllister et al. (2009). Att inte inkludera artiklar av samma författare kan ge ett bredare resultat men då artiklarna bidrog med olika delar av resultatet i samma intervention, och hade olika design (kvalitativ respektive kvantitativ) framkom även olika typer av unik information som bidrog till viktig data. Även studierna av Kool et al. (2014) och Karman et al. (2015a) redovisar resultat kring samma intervention. Även här ses en kvantitativ respektive kvalitativ studie, med olika och unika resultat som därför kompletterar varandra.

Två artiklar saknade etiskt resonemang (se Bilaga 2), vilket diskuterades. Efter att ha kontrollerat de utgivande tidskrifternas krav på etik framkom det att detta inte behövde då inga patienter eller interventioner förekom. Flera europeiska artiklar diskuterar etik och etisk godkännande och beskriver att ett etiskt godkännande från en etiknämnd inte behövdes när det inte förekom någon intervention eller att patienten vårdas på sjukhus när intervjuerna utfördes. I enlighet med Helsinforsdeklarationen har de fått deltagarnas godkännande och tagit hänsyn till den etiska aspekten vid forskning (World Medical Association, 1964).

## Resultatdiskussion

I denna litteraturstudie har artiklar granskats för att belysa faktorer som påverkar omvårdnaden vid självskadebeteende. Ett viktigt fynd i det som framkom i de analyserade artiklarna var vikten av partnerskapets funktion i omvårdnaden samt faktorer som påverkar huruvida partnerskapet är välfungerande eller inte.

Partnerskapet avseende autonomi, delaktighet, och empowerment har en stark koppling i den personcentrerade vården. Avseende patientberättelsens betydelse och KASAM som verktyg i personcentrerad vård framkommer i resultatet vikten av förståelse och kunskap kring självskadebeteende som en förutsättning till en öppen och tillåtande atmosfär. Nedan

diskuteras resonemangen kring dessa begrepp och de olika faktorernas påverkan utifrån hur de kommer till uttryck i det bristande respektive framgångsrika partnerskapet.

## **Bristande partnerskap**

Personcentrerad vård innebär att se hela människan och utgår från tre begrepp där partnerskap är centralt. Häri ingår det att patientens kunskaper och upplevelser av vården är lika viktiga som de professionellas (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). En bristande kunskap och förståelse kring självskadebeteende framkommer, vilket leder till att sjuksköterskor inte vet hur de ska hantera dessa patienter (Wilstrand et al. 2007). Patienter känner sig inte lyssnade på och sjuksköterskorna fokuserar på de fysiska skador men ägnar lite eller ingen uppmärksamhet kring de bakomliggande orsakerna till självskadebeteendet (Thompson et al. 2008 & Latife et al. 2017). Att sjuksköterskor har en negativ attityd där patienters självskadebeteende anses som manipulativt och uppmärksamhetssökande kan leda till att patienter skuldbeläggs eller bestraffas (Thompson et al. 2008; Karman et al. 2015a & Cook et al. 2009). Attityder påverkar uppfattningen om patienters möjlighet till samarbete, som anses omöjligt eller att försök till detta endast leder till konflikter med patientgruppen i fråga (Thompson et al. 2008). Detta leder till att partnerskapet blir bristfälligt eller inte ges en möjlighet om sjuksköterskorna inte är inlyssnande eller har kunskap kring självskadebeteende och dess bakomliggande orsaker. Negativa attityder kan tänkas utgöra ett hinder i den öppenhet, som enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2016), möjliggör planerade och genomförande av vården i samråd med patienten i en personcentrerad vård.

Patienter som upplever att de inte blir hörda eller sedda riskerar ett ökat illabefinnande genom att känna sig missförstådda, oviktiga, negligerade och isolerade. De upplever att de behöver dölja hur de mår på grund av ett negativt bemötande eller undviker att alls söka hjälp i rädslan för fördomar och den skam dessa medför (Latif et al. 2017; McAndrew et al. 2014). Detta påvisar även tidigare forskning, där negativa erfarenheter av vården leder till att patienter inte söker hjälp och risken för att fastna i beteendet kan då öka vilket orsakar ytterligare lidande för patienten (McAllister, 2003). Ovanstående kan ses som exempel på vårdlidande, vilket enligt Dahlberg (2002) uppkommer när relationerna mellan patient och vården orsakar ett lidande. Vidare går det emot en av sjuksköterskors grundprincip i att lindra lidande som förespråkas av ICNs etiska kod för sjuksköterskor (2014) och därtill riskerar att skapa än mer lidande än det patientens redan besvärar av.

Ett partnerskap kommer även till uttryck mellan kollegor, arbetsledning och andra vårdinstanser, där konsekvenser av att inte ha tillräckligt med stöd eller att uppleva en tung arbetsbörda leder till känslor av övergivenhet hos vårdpersonal (Thompson et al. 2008; Wilstrand et al. 2008 & Cook et al. 2009). Konsekvenserna som följer är sjuksköterskans känsla av att vara överbelastad, känslomässigt avtrubbad kan till och med leda till sjukskrivning (Wilstrand et al. 2007 & Thompson et al. 2008). Detta kan även tänkas överföras på patienter och i sin tur påverka omvårdnaden av patienterna när sjuksköterskorna känner sig stressade på grund av brist på tid, begränsade resurser och otillräckligt stöd från andra instanser (Thompson et al. 2008).

En brist på förståelse för självskadebeteende skapar en känsla av oro bland vårdpersonal. Detta i sin tur får konsekvenser för bemötandet av patienter, där sjuksköterskor upplevs som rädda för att prata om självskadebeteendet (Latif et al. 2017 & Wilstrand et al. 2007). Återfall och utebliven förbättring kan leda till hopplöshet och frustration hos vårdpersonal (Thompson et al. 2008). En ökad frustration kunde även leda till att den togs ut verbalt på patienterna (Wilstrand et al. 2007). Dessa resultat tyder på en bristande förmåga att stärka empowerment från vårdens sida, då patientens aktiva roll i behandlingen inte uppmärksammas, än mindre stärks. Patienten behöver ses och stärkas i sin roll som kapabel till att själv kunna påverka sitt beteende och förändring. Genom att stärka empowerment i omvårdnaden kan en positiv självkänsla och tro på framtiden ge ökad möjligheten till förändring för patienten (Rodwell, 1996). En ökad kunskap om empowerment och dess funktion kan tänkas kunna minska dessa känslor av oro, hopplöshet och frustration. Detta genom att tydliggöra att ansvaret delas med patienten genom förstärkt empowerment, samt en ökad acceptans för eventuella bakslag vid återfall som en del i förändringsarbetet.

## **Framgångsrikt partnerskap**

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår det att man ska ha relevant kunskap för att ge en god omvårdnad av patienten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). I personcentrerade vård utgör patientberättelsen en viktig källa till kunskap om den unika individen. Ett viktigt resultat som framkom var att en ökad förståelse och mer kunskap leder till en ökad empatisk förmåga och närhet till patienterna (Kool et al. 2014; Karman et al. 2015a; Muehlenkamp et al. 2013 & McAllister et al. 2009).

Karman et al. (2015a) visar att ökad förståelse och kunskap om självskadebeteende leder till en förbättring i att se till varje individs unika situation, erfarenheter och behov. Detta kan ses som att ökad förståelse och kunskap genom utbildning ökar möjligheten och förmågan till att arbeta mer personcentrerat kring patienten. Förmågan att se och validera självskadebeteendets funktion i form av en copingstrategi för att hantera sina känslor leder till att uppfattningen om beteendet som manipulativt minskar (Thompson et al. 2008; Patterson et al. 2007 & McAllister et al. 2009). Detta i sin tur tydliggör vikten av arbetet i att tillsammans med patienten hitta andra copingstrategier (McAllister et al. 2009). Även patienter uttrycker ett behov av stöd i att gemensamt hitta andra strategier och upptäcka mönster för att i tid kunna distrahera sig från att självskada (Latif et al. 2017 & Tofthagen et al. 2017). Genom att använda KASAM som verktyg kan man utforska patientens hanterbarhet, som enligt Antonovsky (1991) är att se till vilka resurser en individ har för att möta svårigheter. Genom att se till patientens hanterbarhet, då framförallt resurser, samt det som skapar mening kan hen stöttas i att hitta bättre copingstrategier. Kan en individs förmåga till begriplighet förbättras, på ett sådant sätt som Antonovsky (1991) menar kan minska känslan av oordning och kaos, kan sjuksköterskan genom att bistå personer med kunskap, metoder och resurser även stärka empowerment. Vid en stärkt empowerment får individen större möjlighet att förändra sin situation och sitt beteende (Rodwell, 1996).

Ett bra partnerskap i form av en god relation med patienten visar sig leda till att behandling blir mer framgångsrik (Thompson et al. 2008 & Karman et al. 2015a). Patienter vittnar om att möjligheten till öppenhet och ett bra stöd från sjuksköterskor utgjort en viktig del i deras tillfrisknande från självskadebeteende (Toftagen et al. 2017). En tillåtande miljö där patienten ges möjlighet till samtal leder till färre konflikter. Ett bättre samarbete möjliggör utformning av vården utifrån att utveckla mål som upplevs viktiga för individen (Karman et al. 2015a & McAllister et al. 2009). När patienter fick möjlighet att fatta beslut i sin behandling blev relationen med dem bättre (Thompson et al. 2008). Henderson (1989) menar att delaktighet uppstår genom att patienten får denna möjlighet att fatta autonoma beslut i omvårdnaden, som i sin tur kan underlätta tillfrisknandet. En allians gav även en möjlighet i att förstå och acceptera att patienten inte alltid var redo för en förändring, och omvårdnad syftar då mer till att öka motivationen till förändring, detta genom en optimistisk framtidsstro (McAllister et al. 2009). Detta kan ses som ett uttryck för sjuksköterskans förmedlande av hopp, den drivkraft Travelbee (1971, 2001) menar utgör en motivation till förändring och rehabilitering. Således besitter endast patienten expert kunskaperna kring sig själv, och då sjuksköterskan får ta del av denna kan en allians med patienten bli möjlig och de kan tillsammans utformar vården vilket leder till att behandlingen blir bättre. Detta både för patienten men även för sjuksköterskan, vars funktion i behandlingen som inlyssnande och stöttande kan tänkas minska känslor av hopplöshet, frustration och oro.

En viktig aspekt i att främja partnerskapet tycks även vara sjuksköterskans kompetens och hur den upplevs. Sjuksköterskor upplever sig ha ett ökat självförtroende i omvårdnaden vid mer kunskap kring självskadebeteende (McAllister et al. 2008) och det kan även leda till en större tillfredsställelse kring de verktyg och förmågor de besitter och tydliggöra den egna rollen (Cook et al. 2009; Karman et al. 2015a & McAllister et al. 2009). Utöver att detta kan minska de negativa känslor sjuksköterskor upplever gentemot patientgruppen i fråga, kan det ökade självförtroendet även förbättra sjuksköterskors förmåga till att öppet prata med patienter om självskadebeteende. För att kunna stärka patienten kan alltså sjuksköterskan först behöva stärkas i sin kompetens. Mer utbildning behövs för att öka förståelsen kring självskadebeteende, vilket samtliga studier påtalar. Utöver detta finns ett behov hos vårdpersonal med tydlighet kring riktlinjer och ramverk, då detta leder till ett mer välfungerande samarbete såväl tvärprofessionellt som med patient (Wilstrand et al. 2008; McAllister et al. 2009). Sjuksköterskors behov av stöd behöver även tas på allvar. Fås stöd och bekräftelse från omgivningen via exempelvis handledning och debriefing hjälps sjuksköterskor att hantera de egna känslorna (Wilstrand et al. 2008 & Thompson et al. 2009). Detta kan då minska risken för att vårdpersonalens känslor av av övergivenhet och belastning påverkar omvårdnaden av patienterna.

De fall där ökad kunskap via utbildning visade sig ha liten eller ingen effekt framkom fortsatta svårigheter i att kunna förstå beteendet. En annan svårighet sågs i att kunna arbeta personcentrerat på grund av olika uppfattningar bland kollegor om hur god omvårdnad såg ut samt miljöns fysiska begränsningar i att tillgodose en trygghet (McAllister et al. 2008; Karman et al. 2015a & McAllister et al. 2009). Studierna hade olika typer av utbildningsinterventioner i fråga om utformning, fokus och innehåll, vilket kan ha påverkat detta. Det

kan vara nödvändigt att utforma en utbildning med ett fokus som återfinns och känns igen av flera professioner samt är baserat på uppdaterat evidens. För att kunna möjliggöra detta kan mer allmänna former få utgöra den formella grunden i utbildningen, så som de riktlinjer som återfinns i Nationella Självskadeprojektet (2016).

## **Implikationer och slutsats**

Att ha ett bristande partnerskap som kännetecknas av otillräcklig kunskap, negativa attityder, en oro och att sakna stöd leder till påfrestningar för sjuksköterskor och konsekvensen blir att patienter får en bristande omvårdnad. Patienter påvisar en rädsla för att bli bemött med fördomar, vilket kan göra att de inte vågar söka hjälp. Även då patienter vårdas för självskadebeteende kan sjuksköterskors negativa attityder och bristande kunskaper leda till att patienter känner sig missförstådda, förbisedda och stigmatiserade. Även detta leder till bristande omvårdnad och att jobba personcentrerat omöjliggörs.

Genom ett välfungerande partnerskap och goda kunskaper om självskadebeteende, utbildning och en god arbetsmiljö kan sjuksköterskan få möjligheten att säkerställa en personcentrerad vård av hög kvalitet, som möjliggörs genom att skapa en allians, förbättra attityder och stärka sin kompetens. Det som både patienter och sjuksköterskor upplever som värdefullt i omvårdnaden är att våga prata om självskadebeteendet. Genom att prata och bli validerade i sina känslor och utforska nivå av KASAM kan man öppna en väg till tröst som i sin tur kan lindra lidande, ge hopp och stärkt empowerment.

I fråga om förslag på hur denna kunskap kan implementeras i vården anser författarna att det behövs mer kunskap kring självskadebeteende i grundutbildningen för sjuksköterskor, då artiklarna visar att dessa patienter återfinns inom flera olika vårdinstanser. En studie som behandlade simulering kring psykiatrisk omvårdnad vid självmordsförsök visade sig upplevas positiv och värdefull för sjuksköterskestudenter (Lilly, Hermanns & Crawley, 2016). Detta vore ett praktiskt och handfast sätt att lära sig hantera de egna känslorna som kan uppkomma samt förbereda framtida sjuksköterskor på denna typ av scenario. Då både sjuksköterskor och patienter värdesätter att kunna prata öppet om självskadebeteende kan även detta implementeras i grundutbildningen genom att diskutera och arbeta i workshops där personer med självupplevda erfarenheter deltar och undervisar.

## **Förslag till vidare forskning**

När artiklar kring detta arbetet granskades sågs en brist i hur en evidensbaserade verktyg, riktlinjer och strategier konkret kunde föras in i vården och vilka effekter det ledde till. Ytterligare uppmärksammades att avsaknaden av en diagnos för självskadebeteende och en ökad risk för feldiagnostisering med borderline personlighetsstörning kan påverka val av behandling och eventuellt påverka den personcentrerade vården. Detta genom att inte se till varje individs unika erfarenheter, behov och önskningar som utgångspunkt för behandlingen.



Ytterligare forskning kring detta är av intresse, för att kunna optimera behandlingen för patientgruppen.

# Referenslista

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Birkler, J. (2007). *Filosofi omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber

Bjärehed, J. (2012). *Aktuella teman inom självskadeforskning med relevans för behandlingsarbete: Terminologi och diagnostik, förekomster, allvarlighetsgrad, förståelsemodeller, social smitta, och internet*. Hämtad: 17-10-09, från <https://nationellastjälvskaeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/5BjärehedAktuellatemaninomsjälvskaeforskningmedrelevansförbehandlingsarbete.pdf>

Cooke, E., & James, V. (2009). A self-harm training needs assessment of school nurses. *Journal of Child Health Care*, 13(3), 260-274. doi:10.1177/1367493509337440

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidandet -det onödiga lidandet. *Nordic Journal of Nursing Research*, 22(1), 4-8

Egan, R., Samra, K. M., & O'Neill, M. (2012). Factors influencing perceived effectiveness in dealing with self-harming patients in a sample of emergency department staff. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(6), 1084-1090. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.01.049.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige*. Hämtad 2017-10-10, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc89748e004743c39ff4c03fec24c570/folkhalsan-i-sverige-2016-16005.pdf>

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur

Henderson, V. (1989). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Stockholm: Liber.

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-10-09, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Karman, P., Kool, N., Camel, C., & van Meijel, B. (2015a). From Judgment to Understanding Mental Health Nurses' Perceptions of Changed Professional Behaviors Following Positively

Changed Attitudes Toward Self-Harm. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 401-406.  
doi:10.1016/j.apnu.2015.06.017

Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., & van Meijel, B. (2015b). Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(1), 65-75.  
doi:10.1111/jpm.12171

Kool, N., van Meijel, B., Koekkoek, B., van der Bijl, J., & Kerkhof, A. (2014). Improving communication and practical skills in working with inpatients who self-harm: a pre- test/post-test study of the effects of a training programme. *Biomed Central Psychiatry*, 14(64), doi: 10.1186/1471-244X-14-64

Langelius-Eklöf, A., Sundberg, K. (2014). Känsla av sammanhang. I A-K. Edberg., & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s.53-68). Lund: Studentlitteratur

Latif, A., Carter, T., Rychwalska-Brown, L., Wharrad, H., & Manning, J. (2017). Co-producing a digital educational programme for registered children's nurses to improve care of children and young people admitted with self-harm. *Journal of Child Health Care*, 21(2), 191-200. doi:10.1177/1367493517697853

Lilly, M. L., Hermanns, M., & Crawley, B. (2016). Clinical Simulation in Psychiatric-Mental Health Nursing. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 54(10), 40-45.  
doi:10.3928/02793695-20160920-07

Lundh, L-G. (2012). *Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen*. Hämtad 2017-10-10, från  
<https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/LundhForskningsöversiktbehandlingsjälvskadebeteende2.pdf>

McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self-harm: A critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(3), 177–185. DOI: 10.1046/j.1440-0979.2003.00287.x

McAllister, M., Moyle, W., Billett, S., & Zimmer-Gembeck, M. (2009). 'I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2838-2845. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02540.x

McAllister, M., Zimmer-Gembeck, M., Moyle, W., & Billett, S. (2008). Working effectively with clients who self-injure using a solution focused approach. *International Emergency Nursing*, 16(4), 272-279.

McAndrew, S., Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 570-579. doi: 10.1111/inm.12093

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2014). *Självtillfogade skador - statistik och analys*. Hämtad 2017-10-09, från <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/27431.pdf>

Muehlenkamp, J.j., Claes, L., Quigley, K., Prosser, E., Claes, S., & Jans, D. (2013). Association of Training on Attitudes Towards Self-Injuring Clients across Health Professionals. *Archives of Suicide research*, 17(4), 462-468, DOI: 10.1080/13811118.2013.801815

Nationella Självskadeprojektet. (2016). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Hämtad 2017-10-09, från <https://nationellasjalvskadeprojektet.se/om-sjalvskadebeteende/>

Nationalencyklopedin. *Självskadebeteende*. Hämtad 2017-10-09, från [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/självskadebeteende\(hämtad 2017-10-09\)](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/sjalvskadebeteende(hämtad%202017-10-09))

Norberg, A., Bergsten, M., & Lundman, B. (2001). A model of consolation. *Nursing Ethics*, 8(6), 544-553.

Patterson, P., Whittington, R., & Bogg, J. (2007). Testing the effectiveness of an educational intervention aimed at changing attitudes to self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14, 100-105.

Rodwell, C.M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.

SFS 2014.821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2004). *Flickor som skadar sig själva – En kartläggning av problemets omfattning och karaktär*. Hämtad 2017-10-09, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10291/2004-107-1\\_20041071.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10291/2004-107-1_20041071.pdf)

Socialstyrelsen. (2016). *Statistik om skador och förgifningar behandlade i slutenvård 2016*. Hämtad 2017-10-09, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20697/2017-9-21.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem - Systematisk förteckning - Svensk version 2017 - Del 3(3)*. Hämtad 2017-10-09, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20597/2017-4-18.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2017-10-09, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om Personcentrerad vård*. Hämtad 2017-10-31, från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Tapola, V., Wahlström, J., & Lappalainen, R. (2016). Effects of training on attitudes of psychiatric personnel towards patients who self-injure. *Nurs Open*, 3, 140–151.  
doi:10.1002/nop2.45

Thompson, A., Powis, J., & Carradice, A. (2008). Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 153-161.

Toftagen, R., Talseth, A. G., & Fagerström, L. M. (2017). Former patients' experiences of recovery from self-harm as an individual, prolonged learning process: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), 2306-2317.  
doi:10.1111/jan.13295

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis

Travelbee, J. (2001). *Mellommennskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal

Wilstrand, C., Lindgren, B., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), 72-78.

World Medical Association. (1964). *Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2017-12-04, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats -Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.57-79). Lund: Studentlitteratur

# Bilaga 1

## Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevant a abstract	Granskad e artiklar	Valda artiklar
171012	Injuries, Self-inflicted AND Nurs* AND Knowledge	Peer-Reviewed Published 2007-2015	22	9	8	Cook et al. 2009  Karman et al. 2015a  McAllister et al. 2009  McAllister et al. 2008  Wilstrand et al. 2007
171012	Injuries, Self-inflicted AND Nurs* AND Education	Peer-Reviewed Published 2007-2016	29	18	12	Patterson et al. 2007

## Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskad e artiklar	Valda artiklar
171012	Self-injurious behaviour AND Nurs* AND Knowledge	Publication Dates: 10 Years	127	21	21	Muehlenkamp et al. 2013  Egan et al. 2012  Kool et al. 2014

## Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
171012	“Self-injurious Behaviour” AND Nurs* AND Education	-Publicerade 2007-2017 -Article	44	17	14	McAndrew et al. 2014
171012	“Self-injurious Behavior” AND Nurs* AND Knowledge	-Publicerade 2007-2017 -Article	34	15	12	Thompson et al. 2008

## Sekundärsökning

Datum	Artikel
171020	Tapola et al. 2016
171020	Latif et al. 2017
171020	Tofthagen et al. 2017

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

Författare År Titel Land Tidskrift	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Cook et al. (2009)  A self-harm training needs assessment of school nurses.  England  Journal Of Child Health Care	Belysa behovet av utbildning om självskadebetende hos unga för sjuksköterskor inom skolväsendet.	Mixed method; kvalitativ och kvantitativ ansats. Frågeformulär med öppna och slutna frågor samt 10-15 minuter långa semistrukturerade intervjuer tillämpades.	Bekvämlighetssurval av skolsjuksköterskor, nio svarade på frågeformulären och fyra av dem intervjuades.	Sjuksköterskorna hade liten eller ingen tidigare utbildning och behovet var stort, främst kring generella kunskaper om beteendet, rådgivning, remittering, att öka självkänsla och alternativa tips och strategier. Fördomar och negativa känslor hos sjuksköterskorna framkommer.	Medel kvalitet  Metoden är bristfälligt beskriven och stundtals svår att följa. Den kvantitativa andelen och ansatsen är tveksam utifrån syftet. Kvalitativa andelen och dess tema ger en tydlig översikt över sjuksköterskornas situation och upplevelse.
Egan et al. (2012)  Factors influencing perceived effectiveness in dealing with self-harming patients in a sample of emergency department staff.	Syftet är att undersöka förutsättningarna som personalen upplever som effektiva vid vård av patienter med att självskadebetende	Kvantitativ. Enkätstudie där deltagarna svarade på fyra olika delar som handlade om kunskap om självskadebetende. Självförtroendet i att vårda	277 deltagare från fem sjukhus i västra och södra Irland bjöds in, varav 60 var läkare och 217 var sjuksköterskor deltog från början.	Ökade kunskapen korrelerade det mer ökad effektivitet Bra självförtroende hade en signifikant relation med bra effektivitet. Ökar effektiviteten minskar de negativa attityderna, även ökad kunskap leder till minskade negativa attityder. En multipel regressionsanalys visar att ett ökande	Hög kvalitet  Detta är enkäter där deltagarna själva har fått skatta sina kunskaper, självförtroende, effektivitet och attityder. Det kan minska



<p>Irland</p> <p>The Journal of Emergency Medicine</p>		<p>patienter med ett självskadebeteende. Effektiviteten i att vårda patienter med ett självskadebeteende och attityder mot patienter med ett självskadebeteende.</p>	<p>125 svarade på alla enkäterna.</p>	<p>självförtroende i att jobba med självskadepatienter och en ökande kunskap kring självskadebeteende ledde till en upplevd ökad effektivitet i arbetet.</p>	<p>objektiviteten i resultatet.</p> <p>Saknar etiskt godkännande</p>
<p>Karman et al. (2015a)</p> <p>From Judgment to Understanding Mental Health Nurses' Perceptions of Changed Professional Behaviors Following Positively Changed Attitudes Toward Self-Harm.</p> <p>England</p> <p>Archives Of Psychiatric Nursing</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskor som erhållit en positiv attitydförändring efter att ha genomgått ett utbildningsprogram om självskadebeteende.</p>	<p>Kvalitativ. Semistrukturerad Intervjustudie med grounded theory design.</p>	<p>Bekvämlighetssurval; 11 sjuksköterskor som arbetade inom psykiatrin, genomgått programmet 10-14 månader innan studiens början samt haft en positiv attitydförändring.</p>	<p>Attityderna förändras från dömande till förstående. Ökad förståelse av självskadebeteende ledde även till ökad empati, bättre relationer och en mer personcentrerad vård. Arbetsplatsens klimat som förutsättning tas upp.</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Studien har en röd tråd, beskriver tydligt utförandet. Presenterar en förtydligande illustrerad modell över sjuksköterskans ändrade beteende i sin roll, med främjande och icke-förändrande faktorer, samt positiva och negativa konsekvenser av attitydskiftet. Saknar ett etiskt resonemang.</p>
<p>Kool et al. (2014)</p> <p>Improving communication and practical skills in working</p>	<p>Att undervärdera effekten av ett träningsprogram innefattande effektiv</p>	<p>Kvantitativ. Enkätstudie med kvalitativa inslag. Tre enkäter användes,</p>	<p>Deltagare rekryterades från åtta psykiatriska kliniker och en rättspsykiatri</p>	<p>Fåtal deltagare hade tidigare fått specifik utbildning i självskadebeteende (4%). Efter utbildning hade attityden förbättrades(ökad empati,</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Trots omfattande studie i både datainsamling och analys är</p>

<p>with inpatients who self-harm. a pre-test/post-test study of the effects of a training programme.</p> <p>Nederländerna</p> <p>Biomed Central Psychiatry</p>	<p>kommunikation och kunskap vid självskadebeteende, där kursledare även utgjordes av patienter (nuvarande eller tidigare) samt en konstutställning där individer med självskadebeteende illustrerade verken.</p>	<p>som utvärderade attityder, självupplevd effektivitet och närhet eller distans till patienten. Ett ytterligare formulär med likert gradskalor frågade om utvärdering av utbildningen och utrymme för egna kommentarer. Data analyserades via t-test för och efter utbildning, multiple regressions för samband med demografiska data. Öppna frågor kodades och kategorier och teman utformades utifrån detta.</p>	<p>sk. Totalt svarade 178 deltagare på formulären i studie och utgjordes av sjuksköterskor (48%), undersköterskor, socionomer, psykologer/psykoterapeuter psykiatriker med mera.</p>	<p>bättre på att bedöma och ta hand om patienterna), man upplevde förbättrad kompetens och en större närhet till patienterna. Utbildningens mest givande aspekter var framförallt att inkludera en individ med personliga erfarenhet av självskadebeteende som utbildare, bättre kommunikationsverktyg, kunskaper, förståelse, och acceptans. Mer och längre tränings efterfrågades.</p>	<p>finns en tydlig struktur och det går utan svårigheter att följa de olika stegen samt resultaten.</p> <p>Ett stort antal av de som genomgått utbildningen (51%) svarade inte på formulären, vilket kan påverkat resultatet, självuppskattningsskalor likaså, vilket även författarna tar upp som begränsning. Den kvalitativa delen beskrivs något sparsamt.</p>
<p>Latif et al. (2017)</p> <p>Co-producing a digital educational programme for registered children's nurses to improve care of children and young people</p>	<p>Vilken kunskap vill barn med ett självskadebeteende och sjuksköterskor ska ingå i ett digitalt utbildningsprogram för att öka sjuksköterskors</p>	<p>Kvalitativ. Via flera workshops undersöka sjuksköterskors och barns behov och önskan av utbildningsutformning och innehåll.</p>	<p>Bekvämlighetsurval: Sju sjuksköterskor från olika avdelningar på ett universitetssjukhus rekryterades. Fyra barn och ungdomar</p>	<p>Sjuksköterskor prioriterade bedömning och hantering av risker, kommunikation med barn och familj, övervakning, kunskap om självskadebeteende och möjlighet till vård. Barnen diskuterade sjuksköterskors resonemang och och beskriv sina</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Studien är strukturerad och följer en röd tråd.</p> <p>Saknar en mer utförlig metodbeskrivning av data.</p>

<p>admitted with self-harm.</p> <p>England</p> <p>Journal Of Child Health Care</p>	<p>rs kunskap, attityder och säkerhet i att behandla dessa barn.</p>		<p>med medelåldern 15 år från barn och ungdomspsykiatri, som blivit behandlade inom ramen av 12 månader för självskadebete, deltog.</p>	<p>prioriteringar Förståelse och möjlighet till vård, effektiv kommunikation, hur sjuksköterskor skulle utvärdera risker och upprätthålla säkerheten. Ett digitalt utbildningsprogram utformades senare efter den information som kom fram.</p>	
<p>McAllister et al. (2009)</p> <p>‘I can actually talk to them now’; qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure.</p> <p>Australien</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Att utvärdera effekten av en lösningsfokuserad utbildningsintervention vid självskadebete.</p>	<p>Kvalitativ. Intervjustudie, analyserade via innehållsanalys.</p>	<p>36 sjuksköterskor från olika två akutvårdsavdelningar.</p>	<p>Sjuksköterskorna fick bättre verktyg, förändrat perspektiv och en ökad yrkeskompetens. Fortsatta svårigheter och behov tas även upp.</p>	<p>Medel kvalitet</p> <p>Artikel utgör en del i ett större projekt, det framkommer inte tydligt hur just denna studie har utformats. Diskussion, slutsats och begränsningar är bristfällig och sparsam.</p>
<p>McAllister et al. (2008)</p> <p>Working effectively with clients who self-injure using a solution focused approach.</p> <p>Australien</p> <p>International Emergency Nursing</p>	<p>Att utvärdera effekten av en lösningsfokuserad utbildningsintervention vid självskadebete.</p>	<p>Kvantitativ. Enkätstudie, mäter uppfattningar om yrkesrollen i fråga om kunskap, färdigheter och omvårdnaden s ändamål före och efter utbildning. Interventionsgrupp svarar</p>	<p>Sjuksköterskor från två olika akutvårdsavdelningar. 27 sjuksköterskor ingick i interventionsgruppen och svarade på frågeformulären före och efter utbildningen, och kontrollgrup</p>	<p>Signifikanta förändringar ses i förbättrad upplevelse av sjuksköterskerollen som resursorienterad samt tillfredsställelse av färdigheter i interventionsgruppen efter utbildning. Marginella förbättringar ses i den sociala aspekten av omvårdnad. Inga signifikanta skillnader ses med kontrollgruppen efter utbildning.</p>	<p>Medel kvalitet.</p> <p>Syftet i gällande studie är otydligt, ingår i ett större projekt och redovisar den kvantitativa datan. Metod och urval är svår att följa, studiens författare tar även själva</p>

		på frågeformulär en före och efter, en kontrollgrupp endast en gång.	pen av 35 deltagare.		upp de låga antalet som en brist.
McAndrew et al. (2014)  Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers.  England  International Journal of Mental Health Nursing	Syftet var att undersöka unga som har ett självskadebeteende eller suicidalt beteende, för att identifiera vad som hjälpt och inte och vad deras framtida behov kan vara.	Kvalitativ. Intervjustudie med narrativ design och en fenomenologisk analys.	Bekvämlighe tsurval. Sju deltagare 13-17 år som hade erfarenhet av självskadebeteende eller suicidalt beteende.	Tre teman framkom. Att skära bort stressen; där de bland annat beskrev vad som låg bakom beteendet och att/varför de kände skam över beteendet. Vad som fick dem att söka hjälp; vilket kunde vara att de blev lyssnade på, inte dömda och kände tillit. Men även att de inte visste var de skulle vända sig. Tredje temat var, att självskadebeteende behövdes prioriteras i samhället; att de behövde framgå var man vände sig för att få hjälp och en bredare kunskap om självskadebeteende i samhället.	Hög kvalitet  En studie med en röd tråd som är lätt att följa, där de svarar på sitt syfte.  Var de hittat sina deltagare är inte beskrivet.
Muehlenkamp et al. (2013)  Associations of Training on Attitudes Towards Self-injuring Clients across Health Professionals.  USA  Archives of Suicide Research	Att utvärdera kopplingar mellan kunskap och utbildning av självskadebeteende och attityder hos hälso och sjukvårdspersonal.	Kvantitativ. Enkätstudie; demografi, attityder kring självskadebeteende samt upplevd nivå av kunskap efterfrågades.	Deltagarnas från 12 olika allmänna och psykiatriska avdelningar rekryterades. Totalt 342 deltagare (socioonomer, psykologer, psykiatri - sjuksköterskor och medicin sjuksköterskor ingick.	Endast 15.1% hade fått utbildning om självskadebeteende. Medicin sjuksköter utan utbildning visade på minst upplevd kunskap och självförtroende vid självskadebeteende. Utbildning visade i högst utsträckning påverka attityder gällande hög empati, kunskapsnivå och självförtroende.	Hög kvalitet.  Studien är strukturerad och följer en röd tråd. Tveksam validitet och reliabilitet i mätinstrument, som är en kombination av tre tidigare etablerade frågeformulär. Studien tar upp att tidigare utbildnings effekt är

					svårbedömt då denna inte bedömts eller efterfrågats mer än i termer av förekomst eller avsaknad av sådan.
<p>Patterson et al. (2007)</p> <p>Testing the effectiveness of an educational intervention aimed at changing attitudes to self-harm</p> <p>England</p> <p>Journal of Psychiatric &amp; Mental Health Nursing</p>	<p>Syftet var att kontrollera långtids förändringar i attityder hos de som gick ett utbildningsprogram om självskadebetande och suicid jämfört med en kontrollgrupp.</p>	<p>Kvantitativ. Enkätstudie där en interventionsgrupp som läste en kurs om självskadebetande och suicid och en grupp som läste en helt annan kurs svarade på enkäten (Self Harm Antipathy scale) innan kursstart, 15v och minst 18 mån efter kursen.</p>	<p>Alla deltagare var kvalificerad vårdpersonal, majoriteten var psykiatrisjuksköterskor. Interventionsdeltagarna (69) blev rekryterade ur 6 grupper som läste interventionskursen. Jämförelsegruppen (22) rekryterades ur en annan kurs (forskningsmetoder).</p>	<p>Interventionsgruppens antipati mot patienterna sjönk signifikant efter kursen och fortsatte att sjunka till tredje mätningen (minst 15 mån efter). Jämförelsegruppens antipati var högre från början och ökade efter kursen för att sen sjunka till sista mätningen (minst 18 mån efter).</p>	<p>Medel kvalité</p> <p>Dåligt jämförbara grupper, där urvalet är sparsamt beskrivet. Ingen ordentlig metoddiskussion.</p> <p>Saknar etiskt godkännande.</p>
<p>Tapola et al. (2016)</p> <p>Effects of training on attitudes of psychiatric personnel patients who self-injure.</p> <p>Finland</p> <p>Nurse open</p>	<p>Studiens syfte är att studera personalens attityder mot patienter som självskadar och utvärdera ett strukturerat kliniskt träningsprogramms inverkan på attityderna.</p>	<p>Kvantitativ. Enkätstudie där deltagarna svarade på enkäten (Understanding Suicidal Patients Questioner) före och efter träning. De svarade även på vad som varit bra och vad de ville</p>	<p>50 deltagare från North Karelia Central Hospital Psychiatric Clinic. Sjuksköterskor, psykiatriker och psykologer.</p>	<p>Träningsprogrammet ledde till signifikant bättre resultat efter jämfört med innan. Deltagarna hade bland annat fått bättre förståelse och verktyg de kunde använda. De ville ha mer träningsdagar, mer riktiga exempel och mer interventionsdetaljer.</p>	<p>Hög kvalité</p> <p>En utförligt genomförd studie som själva belyser att den kan ses som en pilotstudie då de har ett lågt deltagarantal.</p> <p>De har valt ett bekvämlighetsurval som kan påverka</p>

		ha mer utbildning kring.			resultatet.
<p>Thompson et al. (2008)</p> <p>Community psychiatric nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm</p> <p>England</p> <p>International Journal Of Mental Health Nursing</p>	<p>Syftet är att undersöka sjuksköterskornas inom kommunens erfarenheter av att jobba med patienter med ett självskadebeteende.</p>	<p>Kvalitativ. Semi-strukturerade intervjuer med en tolkande fenomenologisk analys.</p>	<p>Bekvämlighetssurval, en stad i norra England. Fyra män och fyra kvinnor som inte har någon psykoterapiutbildning och som jobbat med patienter med ett självskadebeteende inom de senaste 12 månaderna deltog.</p>	<p>Sju teman framkom. Att försöka förstå; där de beskrev sin förståelse kring självskadebeteende eller brist på denna. Övervaka risker; att de var nervösa och kände att de var tvungna att se till att patientens självskadebeteende inte ledde till suicid. Hantera ansvarets utsträckning; de kände sig personligt ansvarig för patienternas tillfrisknande, men att de även ansåg att ansvaret behövde ligga hos patienten. Emotionella känslor; frustration kring att patienterna inte slutade självskada eller gjorde det igen. Relationsfaktorer; att de upplevde det svårt att få en relation till patienten och att de upplevde konflikter med patienten. Det finns väldigt lite om tekniker; att de inte finns beskrivet tillräckligt med strategier i hur de skulle arbeta med patienterna. Sista temat var, att lära sig hantera svårigheter; att de själva fått lära sig hur de skulle jobba och att stöd från kollegor var viktigt.</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>Bra studie med ett tydligt beskriven metod och en jämn fördelning av kön mellan deltagare.</p>
<p>Tofthagen et al. (2017)</p> <p>Former patients' experiences of recovery from self-harm</p>	<p>Studiens syfte var att beskriva och förstå före detta patienters erfarenheter</p>	<p>Kvalitativ. Djupintervjuer med öppna frågor med en fenomenologisk</p>	<p>Deltagare från två frivillighetsorganisationer inom psykiatri tillfrågades.</p>	<p>Tre huvudteman framkom. Första belyser vändpunkten mot tillfrisknande och där framkom det vad som fått dem att välja att sluta eller minska på</p>	<p>Hög kvalitet</p> <p>En välgjord studie med en bra metod och analys, samt en bra</p>

<p>as an individual, prolonged learning process: a phenomenological hermeneutical study.</p> <p>Norge</p> <p>Journal Of Advanced Nursing</p>	<p>av tillfrisknande från ett självskadebetende.</p>	<p>hermeneutisk ansats.</p>	<p>Inklusionskriterier var inga självskador under 2 år, att ha tillfrisknat och vara över 18år. en man och sju kvinnor deltog.</p>	<p>självskadandet, vad som varit viktigt i relationer till andra, att förstå sin historia och varför man självskadade. Tema två var att hantera det dagliga livet där de berättade om att de börjat ta eget ansvar för att inte självskada och började förstå att det var en sjukdom och inte en frivillig handling. Samt att de kunde se vikten av att ta hand om sina basala behov. Det sista temat var att värdesätta nära relationer och relationen med sjuksköterskan, det viktiga här var att de kunnat prata om sitt lidande, få hjälp att hitta strategier för att distrahera sig och utveckla ett självförtroende och självrespekt.</p>	<p>beskrivning kring deltagarna och urvalskriterier.</p>
<p>Wilstrand et al. (2007)</p> <p>Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experience caring for patients who self-harm.</p> <p>Sverige</p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter vid omvårdnad av patienter med självskadebetende.</p>	<p>Kvalitativ. Deskriptiv design med narrativa intervjuer, där positiva och negativa erfarenheter efterfrågas. Data bearbetas genom innehållsanalys.</p>	<p>Bekvämlighet surval av sex sjuksköterskor från fyra akutpsykiatriska avdelningar, som hade erfarenhet av att arbeta med självskadebetende deltog.</p>	<p>I huvudtema ett, belastande känslor, framkommer: rädsla inför patienters riskfyllda beteende, överväldigad av frustration och att känna sig övergiven av arbetsgivare och kollegor. Huvudtema två, att hantera gränser, innefattande professionella gränser till patienter, hantera personliga känslor samt att känna sig bekräftad av kollegor. Huvudsakligen sjuksköterskors svårigheter, dock nämns även vissa stöttande faktorer.</p>	<p>Hög kvalitet.</p> <p>Utförligt beskriven metod, studien upprätthåller en tydlig struktur. Något sparsam bakgrund och oklar återkoppling till vårdvetenskapliga teorier.</p>

# Bilaga 3

Granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa artiklar enligt Friberg (2012).

## Kvalitativ

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
3. Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur är undersökningsspersonerna eller situationerna beskrivna?
7. Hur analyserades data?
8. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Vad visar resultatet?
10. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
11. Hur argumenterar författarna?
12. Förs det några etiska resonemang?
13. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
14. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

## Kvantitativ

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur har urvalets gjort? (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier?)
7. Hur analyserades data? Vilka statistiska metoder användes och var dessa adekvata?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop, i så fall hur hänger de ihop?
9. Vad visar resultatet?
10. Vilka argument förs fram?
11. Förs det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall vad gäller generaliserbarhet?
13. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?